

ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕАНГИОМ КОЖИ ВЕК У ДЕТЕЙ

Волкович Т.К., Долженкова З.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

В настоящее время сохраняет свою актуальность проблема лечения гемангиом у детей. Капиллярные гемангиомы являются наиболее распространенными доброкачественными опухолями и встречаются у 1-2,6% детей [1]. По данным разных авторов доля гемангиом среди всех опухолей детского возраста составляет от 7 до 80%.

Несмотря на то, что гемангиомы являются доброкачественными опухолями, клинически они имеют черты злокачественного течения. У новорожденных даже точечные гемангиомы могут проявлять бурный рост, нередко достигая больших размеров. При этом они разрушают окружающие ткани и приводят не только к косметическим дефектам, но и значительно нарушают функции зрения.

Важное значение имеет определение срока и метода лечения гемангиом у детей. При выборе метода лечения необходимо стремиться к достижению не только максимального лечебного эффекта, но и наиболее оптимального функционального и косметического результатов.

В настоящее время наиболее распространены такие методы лечения гемангиом, как гормональная, криогенная, склерозирующая, лучевая терапии, диатермокоагуляция, а также их различные комбинации. Традиционное хирургическое вмешательство оправдано и целесообразно лишь в случаях неудовлетворительных результатов при использовании других способов лечения.

Диатермокоагуляция является простым и эффективным методом удаления гемангиом. Однако она находит применение лишь при лечении небольших точечных форм. Образования более 0,5 см в диаметре практически не могут быть подвергнуты коагуляции, так как на их месте образуются рубцы, что особенно неблагоприятно при расположении гемангиом на лице [2].

Учитывая анатомические особенности кожи век, при выполнении диатермокоагуляции гемангиом данной локализации возникает необходимость фиксации коагулируемой ткани. Часто с этой целью применяют стеклянную палочку. Однако ее использование весьма ненадежно, так как при попытке сдвинуть ткань сильнее палочка ломается. Возникает необходимость повторной коагуляции, что приводит к дополнительной травматизации тканей, формированию втянутых рубцов и косметическим дефектам.

Цель исследования. Оптимизировать методику диатермокоагуляции капиллярных гемангиом кожи век у детей.

Материалы и методы. Нами проведено лечение 11 детей (12 случаев), в возрасте от 1 месяца до 14 лет, из них 8 девочек, 3 мальчика. Поперечный размер гемангиом составлял от 2 мм до 20 мм.

Диатермокоагуляцию выполняли с применением разработанного нами специального устройства – пластинчатого ишемизатора век, имеющего вид прозрачной пластинки с замкнутым и открытым вырезами. На гемангиому накладывали конец пластинки с отверстием, поджимали веко изнутри стеклянной палочкой и через отверстие в пластинке проводили диатермокоагуляцию выступающей в от-

верстие ткани. Диатермокоагуляцию гемангиом, превышающих 10 мм в поперечнике, начинали с периферии, используя ишемизацию тканей опухоли открытым вырезом.

Всем пациентам была выполнена диатермокоагуляция гемангиом пуговчатым и игольчатым зондами с применением пластинчатого ишемизатора век. Трём из них она была выполнена как дополнительный этап после хирургического удаления образования.

Основными критериями при наблюдении детей являлись наличие гиперемии века, отека и их продолжительности, повторный рост гемангиомы, койко-день.

Результаты и обсуждение. Анализ проведенных исследований показал, что применение пластинчатого ишемизатора век при выполнении диатермокоагуляции гемангиом у детей минимизирует травматическое воздействие на коагулируемую ткань. В послеоперационном периоде отек век наблюдался в 58% случаев. Выраженного отека, деформирующего глазную щель, не наблюдалось, а его продолжительность составила от 1 до 4 суток. Гиперемии век не было выявлено ни в одном случае. Пребывание пациентов в стационаре составило в среднем 2 койко-дня.

Повторный рост гемангиом в виде точечных капиллярных скоплений наблюдался в 1 из 12 случаев и был успешно диатермокоагулирован. Заживление тканей проходило с образованием мягкого малозаметного рубчика, который через год после операции практически не определялся.

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что применение пластинчатого ишемизатора век при выполнении диатермокоагуляции гемангиом кожи век:

1. Способствует коагуляции всей толщи гемангиомы, обеспечивая надежное термическое воздействие;
2. Минимизирует травматическое воздействие на ткани, позволяя выполнять коагуляцию не только точечных гемангиом, но и гемангиом большего размера;
3. Сокращает время операции и продолжительность пребывания пациента в стационаре;
4. Обеспечивает хороший косметический эффект.

Литература:

1. Диатермокоагуляція капілярних анатомічних ділянок у дітей / Б. М. Боднар, Г. Б. Боднар[і др.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 85-86.
2. Федореев, Г. А. Гемангиомы кожи у детей / Г. А. Федореев. – Ленинград: Медицина, 1971. – 192 с.